

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PTOSE RÉNALE

PAR
LE PROCÉDÉ DE L'ANSE APONÉVROTIQUE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le Mars 1942

PAR

Laurent CASANOVA

né le 11 Juin 1911 à Ocana (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

	MM. les Professeurs	
	FIOLLE, <i>Président</i>	
Examineurs de la Thèse	{	CHAUVIN
		DOR
		RECORDIER
		Assesseurs

Imprimerie du Sémaphore - Marseille

1942

Traitement chirurgical de la ptose rénale

PAR

le procédé de l'anse aponévrotique



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA PTOSE RÉNALE
PAR
LE PROCÉDÉ DE L'ANSE APONÉVROTIQUE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le Mars 1942

PAR

Laurent CASANOVA

né le 11 Juin 1911 à Ocana (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

	MM. les Professeurs	
	FIOLLE, <i>Président</i>	
Examineurs de la Thèse	{	CHAUVIN
		DOR
		RECORDIER
		Assesseurs

Imprimerie du Sémaphore - Marseille

1942



PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen Honoraire de la Faculté : M. IMBERT

**Professeurs Honoraires de la Faculté : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, AUBARET, COTTE**

Chargé de Cours Honoraire de la Faculté : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

Professeurs

Anatomie	MM. CORSY.
Anatomie pathologiq. et Pathologie expérim...	CORNIL.
Bactériologie	ROUSLACROIX.
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI.
Chimie médicale	ROCHE.
Clinique chirurgicale	FIOLLE.
Clinique chirurgicale	BOURDE.
Clinique exotique	HECKENROTH.
Clinique des maladies nerveuses	ROGER.
Clinique médicale	AUDIBERT.
Clinique médicale	MATTEI.
Clinique médicale	MONGES.
Clinique médicale infantile	GIRAUD.
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE.
Clinique ophtalmologique	JAYLE.
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND.
Clinique urologique	CHAUVIN.
Histoire naturelle	***
Histologie	ROMIEU.
Hygiène générale et coloniale	VIOLE.
Médecine légale	MOSINGER.
Parasitologie	JOYEUX.
Pathologie chirurgicale	MOIROUD.
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER.
Pharmacie	VIGNOLI.
Physiologie	MALMEJAC.
Physique	CHEVALLIER.
Thérapeutique	POINSO.
Stomatologie (Professeur sans chaire)	***

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE.
-------------------------------	--------

Agrégés en exercice

MM. SAUTET	MM. FIGARELLA	MM. PAILLAS
DUBOULOZ	ARNOUX	AUDIER
BERTHIER	CHOSSON	DOR
BALANSARD	DELPHAUT	RECORDIER
BRAHIC	R. IMBERT	SALMON

Agrégés libres

M. QUINTARET

M. PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	M. DERRIEN
-----------------------	------------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	MM. SALMON.
Chimie minérale	ARNOUX.
Clinique des maladies contagieuses	PERIOT
Médecine opératoire	DOR.
Microbiologie	BOYER.
Neuro-Chirurgie	ARNAUD.
Obstétrique	CHOSSON.
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	DELPHAUT.
Psychiatrie	ALLIEZ.
Toxicologie	GUILLOT.

A MA FEMME

Epouse dévouée et affectueuse.
Avec tout mon amour.

A MA MERE

Elle s'est imposée pour nous de
durs sacrifices.

Qu'elle accepte ce faible témoi-
gnage de notre affection et de
notre reconnaissance éternelle.

A MON PERE

Par sa probité, sa bonté, sa haute
conscience professionnelle, son
courage et son énergie, il nous a
montré le bon chemin.

A MON FRERE

Avec ma grande affection.

A MA GRAND-MERE PATERNELLE

A MON BEAU-PERE

Avec mon affection et ma reconnaissance.

IN MEMORIAM

A MES GRANDS PARENTS

A MA BELLE-MERE

A MON PARRAIN

A MA TANTE

A MON PETIT FILLEUL

Leur souvenir ne s'effacera pas.

A MA MARRAINE

A MON ONCLE LE CAPITAINE SARROLA

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ET A MA TANTE

Nous avons toujours trouvé chez
eux une large hospitalité et une
affection sincère.

A MES TANTES

A MES ONCLES

A MES BELLES-SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES COUSINES

A MES COUSINS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FIOLE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il nous a fait le grand honneur
de présider ce modeste travail.

Nous ne pourrons lui témoigner
assez notre respectueuse reconnais-
sance.

A NOTRE JURY DE THESE

Hommage respectueux.

A NOS MAITRES

Respectueusement.

AU DOCTEUR LUCCIONI

CROIX DE GUERRE 1939-1940

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEF DE TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

Il nous a suggéré le sujet de cette thèse et nous en a fourni tous les éléments.

Qu'il veuille accepter ce faible témoignage de notre profonde gratitude.

AU DOCTEUR LAHAYVILLE

MÉDAILLE MILITAIRE

CROIX DE GUERRE 1914-1918

Il a grandement facilité notre tâche en mettant à notre disposition des documents qui nous ont été précieux.

A MES AMIS LES DOCTEURS

ISTRIA DOMINIQUE

GERONIMI FRANÇOIS

LECA DOMINIQUE

AGUZZI JEAN

Ils ont été des amis fidèles et dévoués.

INTRODUCTION

Il n'est pas dans notre intention de reprendre l'étude de la ptose rénale ni même de justifier les indications du traitement chirurgical de cette affection. Notre but se borne à étudier un procédé de néphropexie préconisé par le Docteur Luccioni, utilisé par l'auteur et M. le Docteur Lahayville et d'en étudier les résultats cliniques et anatomiques obtenus, à propos de deux observations.

Le traitement opératoire des ptoses rénales après être tombé dans un complet discrédit revient à nouveau en discussion. Cette question a été complètement modifiée par les méthodes modernes d'exploration de l'appareil urétéro-rénal et par nos connaissances sur la physiologie du bassinet et de l'uretère.

Pour Gouverneur, les mauvais résultats obtenus autrefois étaient dûs à une indication opératoire mal posée, qui se fondait sur la seule constatation du rein abaissé et douloureux sans que l'on s'occupât de la morphologie du bassinet, de sa dilatation, des coudures de l'uretère et de l'état d'infection des voies urinaires.

La Pyelographie a montré qu'il ne suffit pas de fixer le rein; il faut le réintégrer en situation normale, faire une « reposition opécatoire ».

Le procédé que nous préconisons obéit aux mêmes règles thérapeutiques que les autres procédés de néphropexie. Il ne change en rien les indications opératoires. Celles-ci ont été mises au point dans de récentes discussions de l'Académie de chirurgie. Nous n'en reprendrons

point l'étude. Dans notre travail nous avons simplement pour but de montrer que, lorsqu'une néphropexie est indiquée, le procédé que nous présentons peut être de quelque utilité.

Le plan de notre étude sera le suivant :

- 1^{er} chapitre : *Principe et technique de la néphropexie*;
- 2^{me} — : *Ses résultats et ses indications*;
- 3^{me} — : *Observations*;
- 4^{me} — : *Conclusions*.

Ayant à étudier, ici, un procédé nouveau de néphropexie, nous avons recherché s'il n'existait pas de procédé semblable à celui que nous préconisons.

Bien que quelques auteurs se servent d'un fragment libre d'aponévrose pour fixer les reins ptosés, les techniques qu'ils utilisent, diffèrent sensiblement de celle qu'emploie le Docteur Luccioni. Un index bibliographique nous paraît donc inutile.

Voici d'ailleurs quels sont ces procédés de néphropexie d'après E. Papin. Ils sont très rarement utilisés.

« Procédé de Kocher (1913) : On prend un fragment de l'aponévrose du fascia lata long de 18 à 20 cm. large de 10 cm. On fait une incision pour passer au milieu le pôle inférieur du rein, et les deux moitiés du lambeau relevées, sont fixées aux tissus voisins.

« Procédé de Kostlivy (1923) : Incision verticale de Simon; dissociation de la capsule adipeuse et libération du pôle inférieur du rein jusqu'au bassin. On taille dans le fascia lata deux bandelettes de 20 à 25 cm. de long sur 2 à 3 cm. de large; on les fait pénétrer le rein jusqu'au tiers supérieur de sa convexité. Les bandelettes aponévrotiques sont suturées à la capsule propre du rein et leurs extrémités sont fixées autour de la 11^e et de la 12^e côtes et réunies ensemble et avec les tissus voisins.

« Procédé de Sérès (1921) : Sur la partie moyenne de la cuisse, à sa face externe, on prélève, par une incision

en H, un vaste lambeau d'aponévrose plus long que large. On fend ce lambeau sur la ligne médiane dans la moitié de sa longueur.

« Le rein étant bien dépouillé de sa capsule graisseuse, on glisse l'aponévrose sous le rein en passant le pédicule à travers la fente qu'on a pratiquée. On rabat les lambeaux par dessus le rein pour empaqueter l'organe et on suture l'enveloppe tout autour bord à bord, en même temps qu'on passe les fils à travers la capsule propre.

« On procède ensuite à la fixation du rein comme dans le procédé de Guyon, mais en passant les fils à travers la gaine aponévrotique et non à travers le rein. C'est le procédé de Kocher un peu modifié.

« Procédé de Vuillet : Il se rapproche beaucoup plus des procédés de néphropexie habituels.

« Après avoir mis à nu le rein par incision lombaire, on fait parallèlement aux apophyses épineuses des premières vertèbres lombaires, une incision verticale pour aller prélever un fragment de tendon du long dorsal long de 25 à 30 cm. large de 7 à 8 mm. Ce cordon reste attaché au muscle par son extrémité inférieure; on le passe à travers la paroi, puis le long du bord externe du rein sous la capsule propre, pour le faire ressortir de nouveau à travers la paroi et le ramener au muscle long dorsal, où on le fixe ».

Nous allons maintenant étudier le procédé que préconise le docteur Luccioni. Nous verrons qu'il diffère essentiellement des procédés que nous venons de citer ainsi que des procédés classiques, que sa technique est plus simple et que ses résultats anatomiques et fonctionnels semblent bons.

PRINCIPE ET TECHNIQUE

Principe

Le procédé que nous conseillons vise à constituer un lamac aponévrotique sur lequel doit reposer le pôle inférieur du rein. Ce lambeau aponévrotique est prélevé sur l'aponévrose lombaire. Son pédicule supérieur est en continuité avec cette aponévrose, tandis que son extrémité inférieure est enroulée autour de la douzième côte.

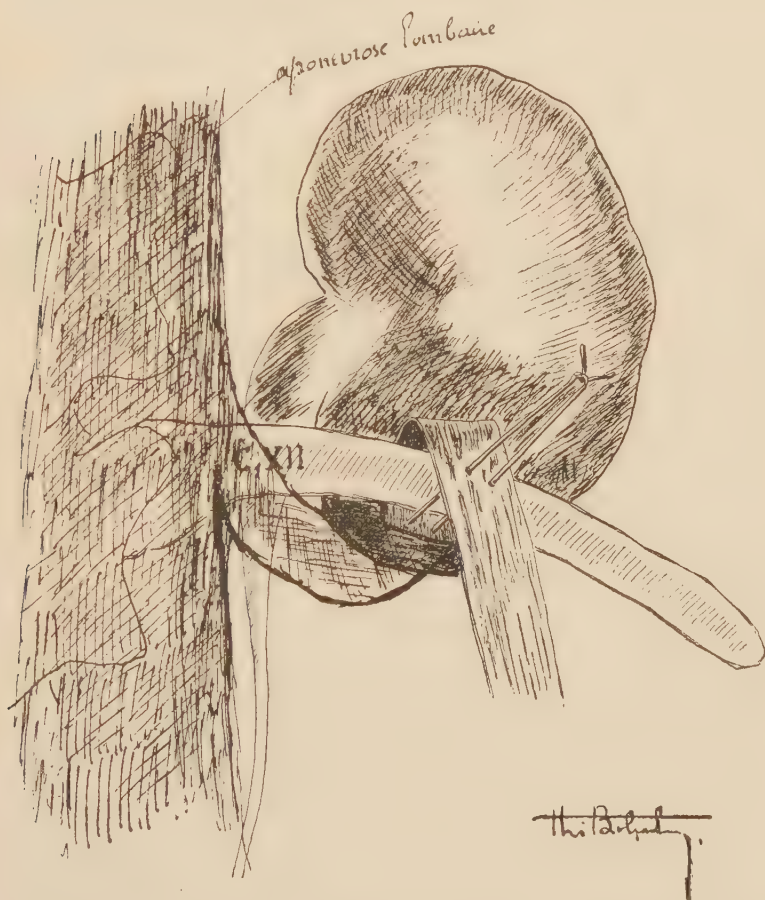


FIGURE I. L'anse aponévrotique, prélevée sur l'aponévrose lombaire est fixée au pôle inférieur du rein, et enroulée, ensuite, autour de la douzième côte.

alors que sa partie moyenne a été préalablement fixée au pôle inférieur du rein. En définitive, le rein repose sur une anse aponévrotique fixée, d'une part par sa continuité à l'aponévrose lombaire, d'autre part à la douzième côte, ce qui constitue deux points fixes et solides. De plus le rein se trouve bien fixé dans sa position normale puisque son pôle inférieur affleure à peine la douzième côte.

Technique

Incision cutanée :

On utilise l'incision oblique lombaire classique de Guyon. Cependant, dans notre premier cas il a été utilisé



FIGURE II. -- Prélèvement du lambeau sur l'aponévrose lombaire.

l'incision sous-costale horizontale qui fut préconisée par le Professeur Fiolle pour l'abord de la rate. Nous décrivons plus loin la technique opératoire à pratiquer quand on utilise cette incision.

Taille du lambeau aponévrotique :

Après la traversée de la paroi musculo-aponévrotique, on taille, sur toute la longueur du bord externe de l'aponévrose lombaire, un lambeau de 1 cm. de largeur, de façon à lui garder seulement un pédicule supérieur, pédicule qui doit se trouver en définitive un peu au-dessus de la douzième côte.

Fixation de l'anse aponévrotique :

Après l'incision des plans musculo-aponévrotiques, on découvre le rein. Nous rappellerons que l'on doit tou-

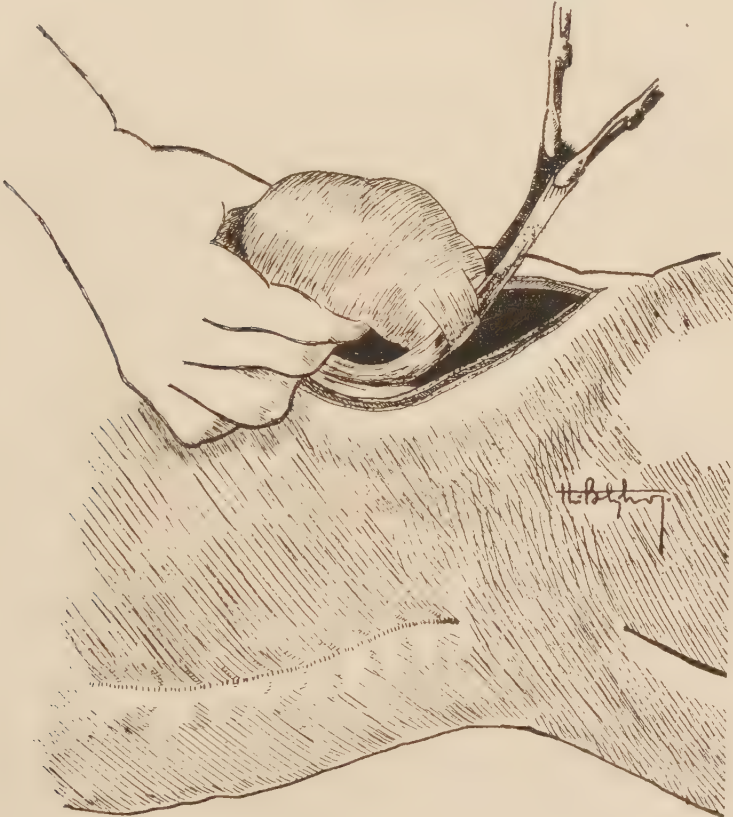


FIGURE III. — L'anse est passée sous un point de la capsule du pôle inférieur du rein.

jours vérifier au cours d'interventions, s'il n'existait pas de coudure juxta et sous-rénale. On verra s'il n'y a pas de vaisseau anormal, de brides fibreuses ou d'adhérences péripyéliquies ou périurétérales. On libérera le rein de façon à pouvoir le mobiliser aisément et à le placer dans la nouvelle position qu'il occupera. On suture la partie

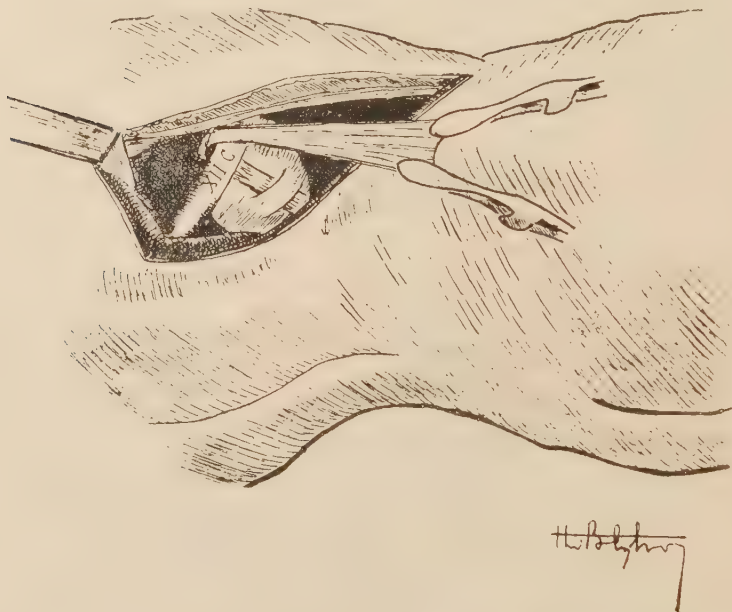


FIGURE IV. — En tirant sur l'anse aponévrotique, le rein remontera et son pôle inférieur dépassera à peine la 12^e côte.

moyenne de l'anse aponévrotique autour du pôle inférieur du rein par trois ou quatre points au catgut. Ces points ne doivent prendre appui que sur la capsule rénale ; il est inutile de leur faire traverser le parenchyme.

On peut aussi faire passer l'anse aponévrotique dans un petit tunnel creusé sous la capsule du pôle inférieur

du rein, puis fixer l'anse et la capsule par deux ou trois points au catgut.

On rugine alors la douzième côte près de son extrémité externe sur deux centimètres de largeur. On passe la partie inférieure de l'anse aponévrotique sous le point de la douzième côte qui a été dénudé et on enroule la partie débordante de l'anse autour de cette côte. Elle est ainsi fixée par deux points au catgut.

Fermeture de la paroi :

Elle se fait par le procédé habituel.



Pour notre premier malade, on a utilisé l'incision sous-costale de Fiolle pratiquée pour l'abord de la rate. Cette incision, partant de la ligne axillaire et suivant le rebord costal, se dirige en arrière, atteint l'extrémité antérieure de la onzième côte, longe son bord inférieur, puis celui de la douzième, et empiète légèrement sur la masse lombaire.

On a prélevé l'anse aponévrotique sur l'aponévrose lombo-dorsale située dans la lèvre supérieure de la plaie. On a pu d'ailleurs constater que cette anse était parcourue sur toute sa longueur par une branche horizontale de la douzième artère intercostale, et se trouvait par conséquent parfaitement irriguée. Le reste de l'intervention a été pratiqué comme nous l'avons indiqué plus haut.

Cette néphropexie peut donc être appliquée en utilisant aussi bien la voie sous-costale de Fiolle, que la voie lombaire de Guyon.

SES RESULTATS ET SES INDICATIONS

Les avantages du procédé que nous avons décrit sont les suivants :

1° Il évite la décapsulation du rein. Cette manœuvre, pratiquée dans les différents procédés capsulaires, à l'inconvénient de laisser une large surface rénale dénudée et cruentée, qui est le siège d'un suintement hémorragique. D'autre part, les produits toxiques provenant de la plaie opératoire, sont plus facilement absorbés au niveau de cette large surface cruentée, favorisant ainsi l'éclosion du choc opératoire.

2° Le rein étant fixé à la douzième côte, la traversée du cul-de-sac pleural sera évitée. On éloigne ainsi dans une certaine mesure la possibilité d'accidents pleuraux qui ont été signalés dans les procédés fixant le rein à la paroi thoracique en traversant précisément le cul-de-sac pleural. Le procédé de Marion, en particulier, utilise cette manœuvre.

3° Le rein se trouve fixé presque dans sa position normale puisque son bord inférieur affleure à peine la douzième côte.

L'intervention est simple et bénigne; elle nécessite un repos au lit de 15 à 20 jours. Il est inutile de sangler fortement le malade dans les jours qui suivent, mais on lui conseillera d'éviter tout effort et toute fatigue trop marquée, pendant les premiers mois qui suivent l'opération.

Plus tard, on essaiera une cure d'engraissement et on fera pratiquer la gymnastique abdominale.

Ce procédé a été utilisé dans deux cas.

Dans le premier cas, opéré par les docteurs Lahayville et Luccioni, il s'agissait d'une femme de 53 ans qui présentait une ptose rénale droite avec une double coudure de l'uretère, et qui était la cause de douleurs lombaires pénibles et continuelles, sans troubles vésicaux et sans infection urinaire.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme de 31 ans, qui présentait une ptose rénale droite lui occasionnant des crises douloureuses abdominales violentes.

Résultats anatomiques

Dans les deux cas cités, après reposition opératoire du rein, nous avons vérifié la situation nouvelle de la glande par une pyélographie; la pyélographie de notre deuxième malade a été faite, la malade en position debout. Le résultat anatomique s'est avéré excellent.

Si l'intervention a été bien conduite, le rein se trouve parfaitement réintégré, l'uretère est rectiligne ainsi qu'en témoigne les clichés de nos malades que nous reproduisons plus loin.

Ces résultats peuvent être obtenus, d'ailleurs, par les autres procédés classiques habituels.

Ainsi n'est-il pas justifié de dire que la reposition exacte du rein est un peu illusoire, car en suivant une technique précise on y arrive parfaitement.

Dans tous les cas, dans le procédé que nous préconisons, le rein se trouve reposé dans une situation, sinon plus haute, au moins aussi élevée que dans les procédés classiques d'Albarran et de Marion.

Résultats fonctionnels

Les résultats fonctionnels immédiats nous ont paru satisfaisants; les douleurs ont été considérablement diminuées chez notre premier malade, et ont totalement disparues chez notre deuxième malade.

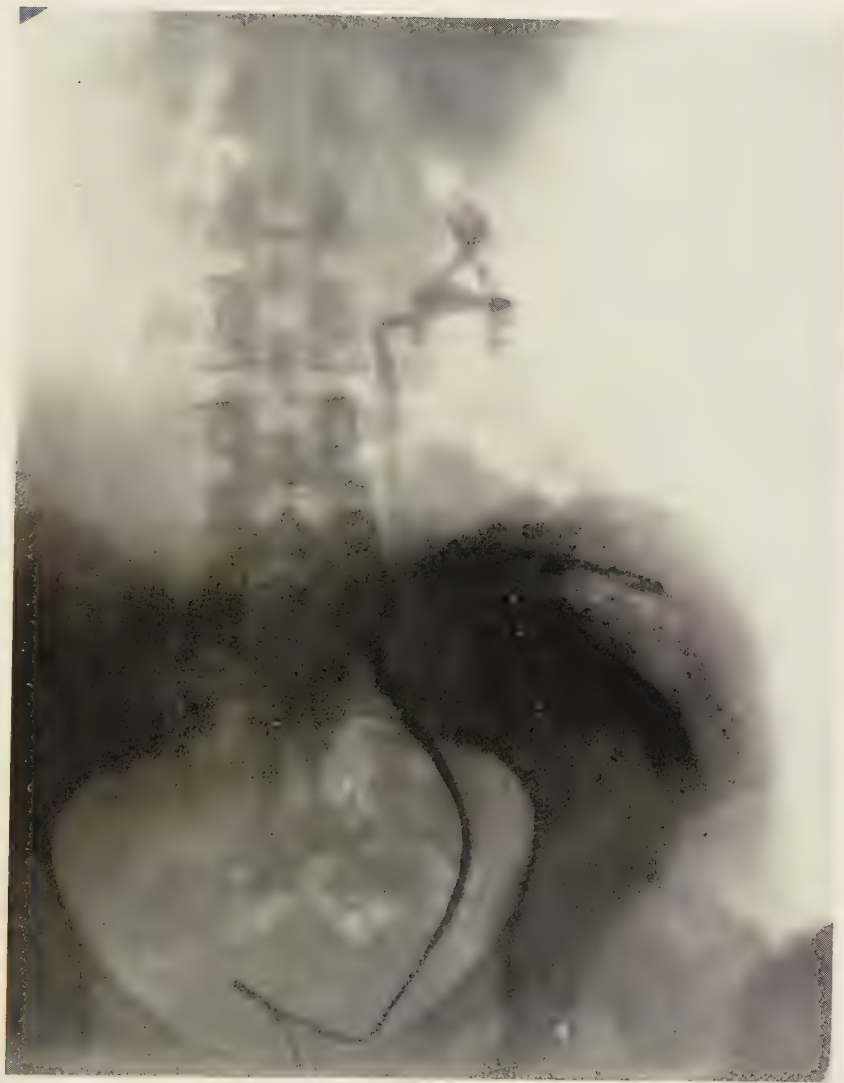
Leur état général s'est très amélioré avec la reprise des forces et de l'appétit.

Opérations complémentaires

Dans ce procédé, comme dans toute néphropexie, il ne faudra pas manquer de vérifier l'état de l'uretère et de libérer tout ce qui peut exercer sur lui une action néfaste : tractus fibreux dense des périurétérites et vaisseaux anormaux.

On a proposé, dans certains cas de ptose rénale compliquée d'hydronéphrose, de pratiquer des plicatures ou des résections partielles de la paroi des bassinets dilatés. Ces deux dernières opérations sont inspirées par le désir de réaliser les meilleures conditions à l'écoulement de l'urine, exactement comme si le conduit pyélo-urétéral était inerte et rigide; elles nous paraissent exceptionnellement indiquées.

D'autres chirurgiens, pénétrés du rôle que jouent les phénomènes spasmodiques dans les troubles dus aux ptoses rénales, joignent à la néphropexie une énervation du rein, particulièrement, une résection du ganglion aortico-rénal. Cette résection est rendue fort simple par le procédé de découverte du semi-lunaire imaginé par Orsoni et Bonamy.



Mme R... Radiographie après ténébryl montrant un rein droit ptosé au niveau de la troisième vertèbre lombaire et une double coudure de l'uretère supérieur.



Mme R... Radiographie un mois après reposition opératoire du rein. Le bassin est remonté au-dessous de l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire et la coudure de l'uretère a disparu.



Mme B... Radiographie après ténébryl montrant le rein droit ptosé. Le bassin se projette au-dessous de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre lombaire.



Mme B... Radiographie, après ténébryl, en position debout, un mois après l'intervention. Le bassin se projette au niveau de l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire.

D'ailleurs, l'incision sous-costale du professeur Fiolle permet aussi facilement la découverte du ganglion semi-lunaire.

Nous n'avons pas encore assez de recul pour juger du résultat d'une telle sympathicectomie. Quoiqu'il en soit, si elle était justifiée, le procédé de néphropexie que nous étudions ne gêne en rien sa réalisation.

Indications

La méthode de fixation du rein que nous préconisons, sans entraîner une modification des indications opératoires habituellement admises dans la ptose rénale, nous semble devoir être proposée au même titre que les procédés classiques actuellement utilisés.

Sa technique nous paraît plus simple, puisqu'elle évite la décapsulation et la traversée du cul-de-sac pleural, tout en paraissant au moins aussi efficace que les procédés capsulaires ou parenchymateux.

Certes, la technique de la néphropexie a pour beaucoup d'auteurs peu d'importance, puisque l'on prétend que, souvent, elle n'est pour rien dans les mauvais résultats obtenus.

En effet, il y a des reins, fort correctement fixés, qui restent douloureux; il en est d'autres qui, bien moins fixés, sont redescendus sans que réapparaissent les douleurs. Il n'y a donc point un rapport rigide entre le résultat anatomique de l'opération et son résultat thérapeutique. Néanmoins, nous croyons qu'il est préférable de chercher à obtenir la meilleure reposition possible et c'est la raison pour laquelle nous avons pensé qu'il était intéressant de présenter une technique qui tend à améliorer, tout au moins, les résultats anatomiques.

Ce procédé, nous le répétons, ne doit être utilisé que lorsque une indication opératoire se trouve réellement justifiée, dans la ptose rénale. Rappelons que, pour Wol-

Incision sous-costale droite, identique à l'incision gauche préconisée par le professeur Fiolle pour l'abord de la rate.

On libère le rein, le bassinet et l'uretère supérieur. On constate que la coudure de ce dernier est due uniquement à la ptose rénale, qu'il n'existe pas de vaisseaux anormaux, ni d'adhérence péri-urétérales.

Le rein, rendu mobile, est replacé aisément dans sa loge.

On prélève, alors, un lambeau aponévrotique d'un centimètre de largeur, aux dépens de l'aponévrose lombaire qui borde la lèvre supérieure de la plaie opératoire, et sur toute la longueur de cette dernière, de telle façon qu'elle conserve seulement un pédicule interne qui se trouve situé un peu au-dessus de l'extrémité postérieure de la douzième côte.

On constate que ce lambeau aponévrotique est parcouru dans toute sa longueur par une artère provenant de la douzième artère intercostale.

Ce lambeau est alors fixé au pôle inférieur du rein, et enroulé autour de la douzième côte, comme il a été indiqué au chapitre de la technique.

La malade est radiographiée un mois après l'opération. Un ténébryl montre que le bassinet est remonté au-dessus de l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire, et que la coudure urétérale a disparu.

La malade, revue quatre mois après, se trouve très améliorée; elle se plaint de vagues et légères douleurs au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION N° 2

Mme B..., 31 ans. Entre à l'hôpital pour des crises douloureuses abdominales nombreuses. Sa dernière crise remonte à la veille de son entrée dans le service; la douleur siégeait surtout dans la région lombaire et dans la fosse iliaque droite.

Il n'y a eu ni vomissements ni nausées.

La température est normale.

Au moment de l'examen, on trouve un point douloureux au niveau de la région de Mac Burney et au niveau de la région lombaire droite.

Le rein droit est ptosé; on le sent, au-dessus de la crête iliaque, fuyant sous les doigts qui le palpent. Il n'est pas augmenté de volume, et est légèrement douloureux à la palpation.

L'examen somatique et l'étude de ses antécédents ne décèlent rien d'anormal.

L'examen radiologique de l'intestin montre que le transit intestinal est normal, et un point douloureux au niveau de l'implantation cœcale de l'appendice.

L'examen radiologique de la vésicule biliaire est normal.

Un ténébryl montre un rein droit ptosé dont le bassinnet se projette au-dessous de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre lombaire.

Intervention :

On pratique la fixation du rein, par le procédé que nous avons décrit au chapitre de la technique, en utilisant l'incision de Guyon.

La néphropexie terminée, on pratique l'appendicectomie, en utilisant l'incision classique de Mac Burney.

Les suites opératoires sont normales.

Une radiographie, après ténébryl, pratiquée en position debout, un mois après l'intervention, montre que le bassinnet se projette au niveau de l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire.

La malade ne souffre plus, et son état général s'est amélioré.

CONCLUSIONS

1° Le procédé de néphropexie que nous préconisons semble présenter les avantages suivant :

a) Il permet une bonne fixation du rein, puisqu'après la néphropexie, le pôle inférieur du rein affleure à peine la douzième côte.

b) Le hamac, sur lequel repose le pôle inférieur du rein, est solide et présente des points d'appui fixes.

c) L'opération est bénigne. Contrairement aux procédés classiques habituellement utilisés, elle évite la décapsulation du rein et la traversée du cul-de-sac pleural par des points de fixation.

2° Ce procédé obéit aux mêmes indications opératoires que les autres procédés de néphropexie.

Vu et approuvé :

Le Doyen,
CORNIL..

Vu et approuvé :

Professeur FIOLE

Vu et permis d'imprimer :

Aix, le 4 mars 1942

Le Recteur,
MARTINO

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
